1883-84. FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX N° 40.

DE

L'OCCLUSION INTESTINALE

DANS LE

PINCEMENT HERNIAIRE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 9 Août 1884

PAR

M. Jules FERRIER

Né à Saintes, le 18 Février 1862.

Élève du service de santé militaire
Interne des Hôpitaux
Lauréat de la Faculté de Médecine. (Prix 1880, 1881, 1882
Prix du Conseil général 1884)
Lauréat de la Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux.

Examinateurs de la Thèse :

MM. VERGELY, *Président.*
BADAL, *Professeur.*
BOURSIER, LAGRANGE } *Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE NOUVELLE A. BELLIER & C^ie^
16 — rue Cabirol — 16

1884

1883-84. FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX N° 40.

DE

L'OCCLUSION INTESTINALE

DANS LE

PINCEMENT HERNIAIRE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 9 Août 1884

PAR

M. Jules FERRIER

Né à Saintes, le 18 Février 1862.

Élève du service de santé militaire
Interne des Hôpitaux
Lauréat de la Faculté de Médecine. (Prix 1880, 1881, 1882
Prix du Conseil général 1884)
Lauréat de la Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux.

Examinateurs de la Thèse :

MM. VERGELY, *Président.*
BADAL, *Professeur.*
BOURSIER, LAGRANGE } *Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE NOUVELLE A. BELLIER & Cie
16 — rue Cabirol — 16
1884

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. DENUCÉ..... Doyen.

PROFESSEURS :

Anatomie	MM.	BOUCHARD
Physiologie		ORÉ.
Physique		MERGET.
Chimie		MICÉ.
Histoire naturelle		GUILLAUD.
Pathologie générale		VERGELY.
Pathologie interne		DUPUY.
Pathologie externe		AZAM.
Anatomie pathologique		COYNE.
Histologie et anatomie générale		VIAULT.
Médecine opératoire		MASSE.
Pharmacie		FIGUIER.
Thérapeutique		De FLEURY.
Hygiène		LAYET.
Médecine légale		MORACHE.
Médecine expérimentale		JOLYET.
Matière médicale		PERRENS.
Clinique médicale		PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale		DENUCÉ. LANELONGUE.
Clinique obstétricale		MOUSSOUS.
Clinique ophthalmologique		BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. ARNOZAN	MM. BOURSIER	MM. DUDON	MM. PÉRIER
RONDOT	LEFOUR	DEMONS	CARLES
ARTIGALAS	PIÉCHAUD	TESTUT	BLAREZ
LANDE	LAGRANGE	PLANTEAU	BERGONIÉ

MAITRES DE CONFÉRENCES

Physique	MM. BERGONIÉ.	Histoire naturelle	MM. PÉRIER.
Chimie	CARLES.	Accouchements	LEFOUR.

CLINIQUES ANNEXES

Clinique médicale des enfants	MM. NÉGRIÉ.
Clinique chirurgicale des enfants	BITOT.
Maladies vénériennes	VENOT.
Maladies mentales	TAGUET.

Le Secrétaire de la Faculté, F. LAMBERT DES CILLEULS.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

A MES MAITRES

A M. GUILLAUD

Professeur d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Bordeaux.

A M. MERGET

Professeur de physique à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Souvenir de mes premières études médicales.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE BORDEAUX.

M. LE Dr VERGELY

MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Professeur de pathologie générale, médecin des Hôpitaux.

M. LE Dr DEMONS

Professeur agrégé, chirurgien des Hôpitaux.

M. LE Dr BOURSIER

Professeur agrégé, chirurgien des Hôpitaux.

M. LE Dr LAGRANGE

Professeur agrégé, à la Faculté de médecine de Bordeaux.

INTRODUCTION

Nous devons l'inspiration de ce travail à notre excellent maître, M. le professeur agrégé Boursier, qui, préparant la publication prochaine de l'article *Hernie* du Dictionnaire encyclopédique, constata plusieurs fois pour le pincement herniaire une marche clinique, identique à celle de l'occlusion intestinale, de l'étranglement complet. Et cependant quoi de plus étrange, de plus irrationnel en apparence, que cette occlusion, coexistant avec la conservation partielle, souvent presque totale du calibre de l'intestin?

Lorsque nous nous sommes mis à l'œuvre, nous avons recueilli indistinctement toutes les observations relatives au pincement herniaire, et analysant à notre point de vue les symptômes présentés par chacune d'elles, nous avons été bientôt forcés d'admettre que l'occlusion, malgré sa compréhension difficile était un fait irrécusable, bien plus que sa présence était la règle, son absence la très-rare exception.

C'est ainsi qu'en restant sur un terrain purement clinique, nous avons constaté l'existence et même la fréquence de l'occlusion dans l'étranglement d'une portion de la paroi intestinale, et que nous avons pu nous prémunir contre l'erreur de ceux qui font de la persistance du cours des matières, un signe constant et pathognomonique du pincement. Mais si l'observation clinique constate les faits, elle reste souvent impuissante à les expliquer, et nous aurions été heureux de recourir à l'expérimentation pour chercher une explication, et peut-être conclure. Le temps nous a manqué pour ces expériences d'ailleurs faciles, et certainement probantes, si l'on pouvait toujours comparer les résultats obtenus chez les animaux aux phénomènes observés chez l'homme.

Si toutefois, malgré cette lacune que nous déplorons, il nous est permis d'espérer de mettre en évidence un fait curieux d'observation, nous le devons à l'obligeance de notre excellent maître M. le professeur Boursier. Nous le prions de recevoir ici nos plus sincères remerciements.

DE

L'OCCLUSION INTESTINALE

DANS LE

PINCEMENT HERNIAIRE

Historique

L'histoire du pincement intestinal est aussi ancienne que celle de l'intervention chirurgicale dans l'étranglement herniaire. Le pincement est un fait de constatation simple, qui devait d'autant plus frapper les anciens chirurgiens que ces hernies très-petites s'accompagnent souvent de symptômes encore plus formidables, que les grosses hernies étranglées. Dans la série des observations, que nous publions plus loin, nous verrons paraître parmis les anciens, le nom de Morgagni, de Littre, de Benevoli, et de plusieurs autres. Bien plus nous pourrons trouver dans leurs observations d'ailleurs très courtes, et faites la plupart du temps de souvenir, des renseignements précieux au point de vue qui nous occupe.

Le pincement herniaire fut d'abord une surprise d'autopsie (Morgagni, *Epist*, 34 et 44), (Littre, *Mém. de*

l'Acad. des sciences, 1700), mais bientôt après, on chercha à en poser le diagnostic du vivant du malade. L'idée première que l'on devait avoir du symptôme pathognomonique du pincement, c'était qu'il devait y avoir toujours persistance du cours des matières. Telle fut l'opinion de Littre relativement non pas au pincement latéral, mais à la hernie diverticulaire. L'étranglement d'un appendice intestinal ne diminuant pas le calibre de l'intestin ne devait pas, pour Littre, intercepter le cours des matières; aussi les symptômes de cette variété d'étranglement seront-ils indépendamment des signes locaux. « 1° La possibilité des selles; 2° le manque de hoquets ou du moins sa rareté; 3° le manque de vomissements ou du moins leur peu de fréquence. En tout cas pas de matières stercorales vomies. 4° absence de ballonnement » — C'est dire suffisamment que dans les hernies diverticulaires l'occlusion intestinale fait défaut. Nous verrons ce qu'il faudra penser de cette symptomatologie à la suite des observations contemporaines.

Ruysh (*Thesaurus anatomicus* : Septimus, page 7-1729) ne fait que répéter l'opinion de Littre : « Ejusmodi diver-« ticula, ut plurimum, si non semper, in ileo occurunt, et « cum ileo maxima parte Hypogastrium occupet, contigere « potest, in Bubonocele tale diverticulum. Continueri in « illo tumore hernioso, nullis sequentibus symptomatibus, « quœ Herniam inguinalem concommittantur » Littré et Ruysh ne parlent donc que des hernies diverticulaires. Si nous avons cité ces auteurs dans cet historique, c'est que, pour nous, ainsi que nous l'exposerons plus tard, l'étranglement d'un diverticulum est l'expression la plus simple du pincement herniaire, puisqu'il y a étranglement avec conservation totale du calibre de l'intestin.

G. Arnaud dans son traité *des Hernies* 1749, sans mentionner une seule observation de pincement soutient

la même opinion que Littre. « Dans l'étranglement il y a suppression des matières bilieuses par l'anus, excepté dans le cas où une partie du calibre de l'intestin est pincée tandis que l'autre est libre, et peut laisser circuler les matières. »

En 1757, Louis publiait dans les *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie* un travail *sur la cure des hernies intestinales avec gangrène*. — Là, on remarque que le syndrome clinique idéalement tracé par les auteurs précédents commence à varier, il est vrai d'une façon générale. Louis admet que « quand l'intestin est simplement pincé, et qu'il ne l'est que dans une petite surface, les malades ne ressentent que quelques coliques. Il survient des nausées, des vomissements, mais pour l'ordinaire le cours des matières n'étant point interrompu, ces symptômes peuvent paraître ne pas mériter une grande attention. » Mais Louis ajoute : « Cependant les déjections pourraient être supprimées sans qu'on put en conclure que tout le diamètre de l'intestin est étranglé. La constipation peut accompagner la hernie, où l'intestin n'est que pincé, ou même en être l'effet. » et plus loin « Le vomissement des matières stercorales n'est point un signe que tout le diamètre de l'intestin soit étranglé (*obs.* de Gélibert, chirurgien à Alzonne, en Languedoc). »

L'existence de l'occlusion intestinale se trouve donc être d'après Louis un symptôme possible du pincement intestinal. Dès lors, l'attention se trouve fixée sur ce phénomène curieux, qui devient inséparable de la pathologie herniaire. — En l'an VII de la République, Richter publie son grand traité des hernies, bientôt traduit de l'allemand par Rougemont. Les *pincements d'intestins*, appelés encore par lui *hernies latérales, incomplètes, entérocèles partielles* peuvent siéger sur toute l'étendue du tube intestinal,

aussi bien au niveau de l'estomac qu'au niveau de l'intestin grêle ou du gros intestin. Le pincement de l'estomac reste encore fort peu connu, quant à ses symptômes. Relativement à celui de l'intestin grêle, Richter s'exprime ainsi : « la constipation peut être aussi opiniâtre dans l'étranglement de la hernie incomplète que dans celui des hernies complètes. Pour le traducteur, « les exemples d'étranglement sans constipation ont eu surtout lieu quand le colon était pincé ; et la constipation accompagne surtout le pincement d'un intestin grêle. » Les hernies des appendices intestinaux n'auraient point pour Richter une symptomatologie fixe, précise ; tantôt existeraient des symptômes légers d'étranglement, tantôt les symptômes les plus violents, accompagneraient l'incarcération d'un appendice.

Lawrence, (Traité des hernies, traduit de l'anglais par P. A. Bérard et G. Cloquet 1818) mentionne encore l'occlusion intestinale au cours du pincement herniaire : « L'obstacle au passage des matières contenues dans l'intestin, peut n'être pas aussi marqué, quand une partie seulement du diamètre de l'intestin est étranglée, cependant il existe souvent à un aussi haut degré dans le cas où une anse complète d'intestin est incarcérée. »

Boyer (*traité des maladies chirurgicales,* 1822) admet la possibilité de la circulation des matières dans les cas de pincement peu étendu; toutefois il est loin d'exclure la possibilité d'un arrêt complet des matières. Voici d'ailleurs ce qu'il dit d'une façon générale sur le pincement herniaire : « La liberté du cours des matières stercorales par la continuité du canal intestinal, pendant que l'intestin est étranglé, a été regardée comme un signe manifeste qu'il ne l'est que dans une portion de son diamètre, mais les déjections peuvent être supprimées, sans qu'on puisse en conclure que tout le diamètre de l'intestin est étranglé.

Le vomissement des matières fécales, qui a été regardé comme un signe caractéristique de l'étranglement de tout le diamètre de l'intestin dans une hernie, ne doit pas passer pour un signe plus décisif, puisqu'on l'a observé chez des malades dont l'intestin n'était que pincé. »

Nous passerons sous silence le *Traité des maladies du canal intestinal* 1829, de Jobert de Lamballe; l'article hernie, de Lanson dans le *Dict. de médecine et chirurgie pratiques*; car on n'y trouve rien ou presque rien sur le sujet qui nous occupe.

Dans les *Archives générales de médecine*. T V. Voillemier fit paraître un article intitulé « des hernies étranglées, » où en parlant du pincement herniaire, il ne fait que répéter les opinions déjà émises avant lui : Si la hernie forme une tumeur régulièrement arrondie, et très-petite, si les nausées, les vomissements, les coliques, etc., sont peu prononcés, si surtout le cours des matières fécales n'est pas interrompu, il est évident que l'étranglement ne porte pas sur toute la circonférence. Mais il peut arriver que l'intestin soit simplement pincé, et qu'il existe en même temps des symptômes généraux graves, qu'il y ait interruption du cours des matières, constipation opiniâtre. » L'auteur cite une observation personnelle, terminée par guérison spontanée après gangrène de la paroi intestinale, et à ce titre fort curieuse, si elle est bien une observation de pincement.

Plus tard, deux thèses d'agrégation, celle de Gosselin, 1844 (*De l'étranglement dans les hernies*), celle de Broca, 1853 (*De l'étranglement dans les hernies abdominales*), condensèrent les documents publiés sur l'étranglement herniaire, et fixèrent la question. De même pour la thèse de Desprès, 1863.

La possibilité de l'occlusion intestinale dans le pince-

ment est admise par eux, comme d'ailleurs la persistance du cours des matières. Je n'insiste pas davantage, leurs opinions étant identiques à celles des anciens auteurs.

Mais jusqu'ici n'avait-on pas cherché l'explication de cette occlusion si contraire aux lois élémentaires de la mécanique? Nous rappellerons plus tard avec détails, à propos de la pathogénie de l'occlusion, les opinions de Foujols (obstruction inflammatoire), de Dehaen (retrécissement spasmodique), les expériences cadavériques de Scarpa. Gosselin essaie aussi de donner une interprétation du phénomène, et l'explique par un trouble nerveux ou par la péritonite concomitante.

En 1873, Ledentu publie l'article « Hernie » du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, et cite un cas très curieux d'étranglement partiel de l'intestin, où des selles diarrhéiques auraient pu donner le change, et faire croire à la perméabilité du canal intestinal, si l'autopsie n'était venu démontrer que les évacuations alvines étaient dues à une hypersécrétion muqueuse dans le bout inférieur, consécutive à l'irritation déterminée par le pincement.

Les contemporains publièrent plusieurs observations relatives à la hernie latérale de l'intestin; nous citerons ces observations plus tard, et comme elles ne figurent pas un travail d'ensemble, elles ne sauraient prendre date dans la pathologie herniaire.

En 1879, deux monographies parurent sur le pincement intestinal, l'excellente thèse de Loviot, qui donne un historique complet de la question. Quelques jours plus tôt, parait la thèse de Defaut, intitulée : *Du pincement latéral de l'intestin avec persistance du cours des matières*. Ne nous laissons pas effrayer par ce titre; nous connaissons l'état de la question; or, l'auteur dans ses conclusions, généralise à tous les cas de pincement la proposition émise en tête de son travail.

M. Paul Berger, dans ses leçons publiées sur le mécanisme de l'étranglement herniaire, dans le *Journal de l'Ecole de Médecine* 1876, ne dit que quelques mots du pincement herniaire; il ne s'étend pas davantage sur la symptomatologie de l'affection, dans son travail publié sur le même sujet dans les *Arch. gén. de méd.* 1876, page 453; plus tard il eut l'occasion de reprendre la question à propos d'un cas observé par lui, et sur lequel il fit une clinique fort intéressante publiée dans la *Semaine médicale* (11 octobre 1883). Il conclut de ce cas que la persistance du cours des matières est un signe pathognomonique du pincement intestinal.

En somme l'état de la question peut actuellement se résumer ainsi : dans le pincement herniaire on observe tontôt de l'occlusion intestinale, tantôt de la persistance du cours des matières. Voyons maintenant ce que nous disent les observations.

Observations.

Puisqu'il s'agissait d'établir comment se comportent les matières intestinales au point de vue de leur circulation dans l'intestin pincé, une partie très-importante de notre travail consistait à recueillir indistinctement toutes les observations de pincement, et à laisser les conclusions découler de leur lecture. Nous aurions pu nous en tenir aux observations publiées par Loviot et Defaut, dans leurs thèses; nous avons préféré renforcer cette statistique, et donner à notre travail des bases plus solides en y ajoutant

les observations puisées aux sources les plus diverses. Nous avons compulsé tous les bulletins de la Société anatomique, les Archives générales de médecine, ainsi que la plupart des journaux français parus pendant ces 30 dernières années. C'est ainsi que sur une affection regardée comme très rare, nous avons pu réunir environ 30 observations.

Nous publions toutes ces observations en faisant grâce de quelques détails puérils et inutiles à notre sujet, mais nous ne retranchons rien de ce qui est relatif à l'occlusion ou au pincement de l'intestin.

Obs. I. — Morgagni (*De causis et sedibus Epist*, 44 art. 18.)

Un malade de Morgagni mourut le sixième jour après une constipation qui dura tout ce temps; le diamètre entier de l'intestin n'était pas obstrué, la partie déplacée était simplement un diverticulum.

Morgagni cite un cas semblable d'après Benevoli.

Obs. II. — Morgagni (*De causis et sedibus epist.* 34, art. 15.)

Il s'agit d'un cas dans lequel une partie seulement du diamètre était pincé, où les selles ne furent point supprimées; pourtant l'issue en fut fatale.

Obs. III. — *Arch. gén. de méd.*, t. V, p. 345 (Voillemier).

Un homme robuste, âgé de trente six ans, entre à l'hôpital le 1er octobre 1829. Il y a un an, après un effort, il vit apparaître une tumeur dans l'aine droite; cette tumeur disparut spontanément au bout de quelques jours.

Il y a quatre jours elle apparut encore; puis peu après, douleurs assez vives, vomissements, envies d'aller à la selle. Dans l'espace de

quelques heures il vomit une douzaine de fois. Deux vomissements verts pendantla nuit. Les deux jours suivants, il vomit quelquefois, et eut une selle liquide.

Le soir de son entrée il présente dans l'aine droite une tumeur petite, arrondie, douloureuse au toucher, mate, légère rougeur de la peau. Dans la journée il y eut deux vomissements verdâtres et une selle liquide. Peu de douleurs à la pression de l'abdomen; pas de réaction fébrile; le pouls est à 70. Taxis sans résultat.

Le lendemain, nouvelle tentative infructueuse de taxis. Le 3 octobre pas de vomissements, une selle liquide; quelques douleurs abdominales. Le 4 octobre, un vomissement peu abondant. Le 5 octobre une selle abondante pendant la nuit; les vomissements n'ont plus reparu. La tumeur est moins douloureuse elle semble avoir diminué. Plus de vomissements les jours suivants, l'état du malade s'améliore. Le 9 octobre pour la première fois, en examinant la tumeur manifestement ramollie et diminuée de volume, on sent une crépitation emphysémateuse le long du canal inguinal et un peu au-dessus du pubis, dans l'étendue de la paume de la main. L'état général est des meilleurs on s'attendait à voir la peau de l'aine se mortifier; mais l'emphysème diminua peu à peu et la peau resta complètement saine.

La guérison spontanée peut donc être la terminaison d'un pincement herniaire. Mais dans ce cas s'agit-il bien d'un pincement; la preuve évidente du pincement, la constatation anatomique *post mortem* fait défaut. Cependant nous n'hésitons pas, quand même, à conserver cette observation comme celle d'un vrai pincement et nous la rangeons parmi les cas défavorables à l'occlusion.

Obs. IV. — Hernie crurale étranglée, mort. *Journ. méd. de Bordeaux*, 1848, p. 201, (Soulé.)

Une femme, âgée de cinquante-quatre ans, porte une hernie à droite qu'elle réduisait avec facilité. Il y a huit jours, elle ne put obtenir sa rentrée. Dès lors suppression complète des selles, vomissements. On constate une hernie crurale peu douloureuse à la pression, le ventre est souple, non ballonné. Un lavement purgatif est rendu absolument pur.

Le lendemain la face est injectée, le pouls fréquent = 100, le ventre est ballonné, à travers les parois abdominales se dessinent

les anses intestinales, vomissements verdâtres, hoquets; on donne 30 grammes d'huile de ricin, point de selles.

M. Chaumet pratique l'opération; on rencontre une anse intestinale noirâtre mais cependant résistante; on ménage les adhérences qui la fixaient au collet du sac. Une ponction est pratiquée à l'intestin, il s'en écoule des gaz et des matières fécales.

Le lendemain le ventre est encore le siège d'un gonflement insolite; pas de selles, pas de matières fécales par la plaie. M. Chaumet engage une sonde dans le bout supérieur, des gaz et des matières fécales s'en échappent alors en très grande abondance; le soir amélioration sensible.

Deux jours après, apparition d'une péritonite, mort le soir.

Autopsie. — Lésions banales de la péritonite généralisée, pas d'épanchement fécal dans le ventre. La portion herniée siége dans le tiers inférieur de l'intestin grêle, elle a environ le diamètre d'une pièce de 5 francs, il n'y avait pas par conséquent la totalité d'une anse comprise.

Obs. V — *Th. de concours*, 1853, (Broca.)

Garçon dix-huit ans, vomissements fécaloïdes, depuis quatre à cinq jours. Taxis. On réduit la tumeur. Le malade meurt dans la nuit (Hôtel-Dieu, service de M. Méry). Autopsie. Inflammation des intestins grêles. On trouve, derrière les anneaux des muscles, un diverticulum intestinal long de trois pouces, semblable au pis d'une vache.

Obs. VI. — Hernie crurale étranglée. — Réduction par le taxis. — Mort. — Autopsie. (Th. concours, 1863. Desprès, p. 93)

Thiéry Louise, 45 ans, porte depuis douze ans une hernie crurale droite, depuis longtemps incomplétement réductible.

Le 19 mai 1861, la hernie devient douloureuse, l'abdomen se gonfle ; constipation opiniâtre ; vomissements exhalant une odeur très fétide ; fièvre. Tous ces accidents durent jusqu'à l'entrée de la malade, à l'exception des vomissements qui ont cessé depuis la veille. Aucun traitement.

Le 29 mai au soir, la malade entre dans le service de M. Velpeau ; la tumeur de la région inguinale est du volume d'une petite noix ; rouge, douloureuse à la palpation : on constate cependant une masse molle, pâteuse, bien circonscrite. Le ventre ballonné est douloureux à la palpation. Pas de vomissements depuis 28 heures, pas de selles, facies injecté, pouls 90.

30 mai. Bain avant la visite. La malade n'eut ni vomissements, ni selles. Après quelques efforts, M. Velpeau réduit la hernie. — Deux heures après, la malade est prise de délire : elle meurt à une heure de l'après midi.

Autopsie. — Péritonite généralisée, plus, matière jaunâtre, épanchée de consistance crémeuse.

La tumeur herniaire a repris le volume qu'elle avait avant la réduction. Le sac a le volume d'une noix : il sort du fascia crebriformis par un orifice bien limité, situé à un demi-centimètre, au dessous du ligament de Gimbernat. — L'intestin au point où il s'engageait dans l'anneau crural présente une perforation circulaire de 2 cent. de diamètre, *occupant la moitié de la circonférence libre de l'intestin* et siégeant à 70 cent. de la valvule iléo-cœcale. Il s'agit évidemment d'une hernie du bord libre de l'intestin seul, la perforation représentant la base de la portion engagée.

L'étranglement semble avoir été produit par le bord externe du ligament de Gimbernat; en effet, en portant le doigt dans le collet, on sent une arrête mousse en dedans; puis, lorsqu'il a pénétré dans le sac on ne sent pas d'obstacle au niveau de l'anneau qui forme le fascia cribriformis; de plus, après avoir isolé le péritoine constituant le sac, on ne voit qu'un léger épaississement sans bride, s'opposant nullement à l'introduction du doigt.

Dans les dix premiers jours, les symptômes, vomissements fécaloïdes, absence totale de garde-robes, semblent se rapporter à une occlusion intestinale complète. — La disparition des vomissements avec absence de garde-robes dans les deux derniers jours, est assez difficile à expliquer. La perforation existait-elle déjà et les matières intestinales tombaient-elles par cela même dans le péritoine? — La perforation ne s'est-elle produite que plus tard sous l'influence du taxis pratiqué sur une paroi gangrenée?

Notons encore qne ce pincement était produit non par le collet du sac, mais par le rebord du ligament de Gimberat.

Conclusions. — Occlusion intestinale complète; le pincement est très petit puisque la portion engagée a deux centimètres de diamètre.

Obs. VII. — *Th. de concours*, Desprès, p. 131.

Opération de hernie étranglée. On croit avoir affaire à l'intestin gangrené. Anus artificiel. L'opération est pratiquée à une heure du matin. Le lendemain, le cours des matières n'est pas encore rétabli. Il y a encore des vomissements fécaloïdes et pas de selles. Douleurs abdominales persistantes. La sonde introduite par l'anus artificiel, ne donne issue ni à des matières fécales, ni à des gaz. L'introduction du doigt ne donne pas la sensation d'une muqueuse.

Le lendemain, aggravation de l'état général. Vomissements continuels, persistance de l'arrêt des matières fécales. Le malade meurt dans la journée.

Autopsie. — Péritonite généralisée; quelques fausses membranes à la surface de l'intestin; pas traces de matières fécales dans la cavité péritonéale, pas de solution de continuité à la surface de l'intestin.

Au niveau de l'anneau crural droit, se trouve l'intestin pincé dans *une partie de sa circonférence.*

Le péritoine enfoncé dans le canal crural, est maintenu aux bords de l'incision par des points de suture.

La partie de l'intestin formait au niveau de l'étranglement un angle aigu, un coude, de façon à rendre, selon toute probabilité, le passage des matières presque impossible.

Cette observation nous montre l'occlusion intestinale coïncidant avec le pincement latéral. L'auteur explique les symptômes d'occlusion intestinale par le retrécissement de l'intestin consécutif au pincement, par le coude, formé entre le bout supérieur et le bout inférieur.

Obs. VIII. — Desprès. (*Th. concours*. p. 88).

Une petite hernie trompa A. Cooper au dire de Dupuytren ; il y avait des signes d'étranglement, mais on ne put découvrir la tumeur, et le malade mourut le 6e jour. A l'autopsie, on trouva une hernie crurale grosse comme une noix muscade. L'intestin était perforé et les matières avaient donné lieu à une péritonite.

Obs. IX. — Desprès, *(Th. concours* p. 88*)*

Chomel cite l'histoire d'une femme excessivement grasse ayant tous les signes de l'étranglement, mais ne présentant ni douleur, ni tuméfaction dans le voisinage des ouvertures naturelles ou à leur niveau. On trouva une hernie crurale presque imperceptible.

Obs. X. — Recueillie dans le service de M. Jobert par Codet, interne du service.

Il s'agit d'une femme entrée à l'Hôtel-Dieu, le samedi 7 mai 1853 (salle Saint-Maurice, n° 31). Il y a cinq ans, à la suite d'un effort, apparition d'une petite tumeur à l'aine. La tumeur disparait spontanément. Le 5 mai, après une marche assez longue, une petite tumeur occupant exactement la même situation que la première, se produit brusquement et est accompagnée aussitôt de coliques assez vives. Le soir, taxis infructueux, vomissements bilieux. Un lavement amène une garde-robe.

6 Mai, ventre indolent, tumeur très-douloureuse. Les vomissements continuent, ils sont toujours bilieux; trois médecins successifs tentent tour à tour le taxis, sans résultat. Quelques jours après, les accidents redoublent. Douleur abdominale.

Samedi 7 mai. Entrée à l'Hôtel-Dieu; face pâle, grippée, yeux caves, pouls fréquent, filiforme, intermittent; respiration haletante; ventre très tendu, sonore à la percussion; la pression abdominale est extrêmement douloureuse; vomissements incessants, bilieux, inodores; pas de hoquet; quelques éructations; constipation complète depuis deux jours. Dans l'aine droite existe une petite tumeur sous l'arcade de Fallope, à 5 centimètres de l'épine du pubis. Le soir à cinq heures M. Jobert pratique l'opération; on arrive sur une tumeur qui n'est autre que le sac. Le doigt, introduit dans la cavité du sac, trouve une petite tumeur rénitente, un peu plus grosse qu'une noisette, et, cette fois, manifestement formée par l'intestin. Alors on débride légèrement l'aponévrose crurale. La réduction est opérée sans difficulté. La plaie est fermée; les vomissements cessent, mais les selles ne se rétablissent pas et la malade succombe le lendemain matin.

Péritonite généralisée avec sérosité trouble et de minces fausses membranes. Intestin grêle distendu et très enflammé au-dessus du point qui a été le siège de l'étranglement.

L'étranglement portait sur le tiers inférieur de l'intestin grêle; un cercle d'un rouge noirâtre et comme ecchymosé indiquait clairement le point qui avait été étranglé.

L'étranglement n'avait pas embrassé la totalité de l'anse intestinale, il n'en avait pincé que les deux tiers.

Obs. XI. — Par M. Delaharpe, médecin en chef de l'hôpital de Lauzanne (*Gaz. hebd.*, t. III, 5 juin 1856).

Gyger, vingt-huit ans, domestique, portait à l'aine droite une hernie non contenue par un bandage. Le 30 octobre, la hernie sortit sans qu'il pût la réduire; un chirurgien appelé la réduisit; mais comme elle se reproduisit à deux fois différentes, le malade entra à l'hôpital le 1er novembre 1855.

Vomissements fréquents depuis le début des accidents; pas de selles; la langue est sèche. Douleur abdominale très vive surtout au niveau du pli inguinal. L'orifice externe de l'anneau inguinal parfaitement libre admet l'introduction du doigt. Un lavement de séné ne produit aucune selle.

2 nov. Dans la matinée, pas de vomissements, pas d'évacuations alvines. Dans l'après-midi, vomissements de matières verdâtres; la face se grippe de plus en plus.

3 nov. État général très aggravé; ballonnement plus accentué; les anses intestinales se dessinent sous la paroi abdominale; coliques intenses; pouls filiforme. Dans la soirée, les vomissements présentent l'odeur stercorale.

4 nov. Même état; vomissements de matières fécales. Le malade expire dans la soirée.

Autopsie. — A la partie supérieure du canal inguinal, tumeur molle, ovalaire, noirâtre, de la grosseur d'une prune sauvage constituée par un segment d'intestin comprenant les trois quarts du calibre de l'intestin grêle; la portion non comprise dans l'étranglement ne laisse pas passer les matières formées dans l'intestin, car au-dessous du point pincé le canal intestinal est flasque, flétri et revenu sur lui-même,

tandis qu'au-dessus il est distendu par des gaz, des matières demi-liquides et jaunes.

Il s'agit ici d'une hernie interstitielle constituée par un pincement latéral très étendu. L'imperméabilité du canal intestinal est indiqué par l'affaissement du bout inférieur.

Obs. XII. — Hernie inguinale congénitale avec diverticule étranglé dans la tunique vaginale (*Bull. Soc. Anat.*, 1878, p. 487. — Guinard.)

Ab..., cinquante-neuf ans, porte de naissance une volumineuse hernie inguinale. Le mercredi 25 mai, il reçoit dans le ventre un coup de timon de charrette. Le jeudi il se met au lit. Le vendredi vomissements abondants. Le samedi on pratique le taxis sans obtenir de réduction; purgatif d'essai, ce purgatif est rejeté: le dimanche devant la continuation des vomissements, l'absence totale d'émission de gaz et de matières par l'anus, le malade entre à l'hôpital.

Le dimanche, 29 mai, le ventre est très ballonné, la face grippée; vomissements fécaloïdes, absence totale de selles et de gaz.

Tumeur inguino-scrotale droite, de la grosseur d'une tête de fœtus, irréductible par le taxis. Sous le chloroforme l'interne opère la réduction; le malade meurt une heure après.

Autopsie. — Hernie à peu près totalement réduite sauf un petit diverticule comprenant une partie du calibre de l'intestin, et laissant subsister un petit espace entre le bord mésentérique et le collet de l'étranglement. L'intestin se trouvait en contact immédiat avec le testicule; le sac s'ouvrait largement dans le péritoine, en bas un petit anneau le fait communiquer avec la séreuse péri-testiculaire, c'est à travers ce diaphragme fibreux que la hernie s'était étranglée.

Conclusions. — Variété rare d'étranglement herniaire, pincement latéral de l'intestin avec obstruction intestinale.

Obs. XIII. — Hernie crurale *Bull. Soc. anat.* 1859, p. 21. (Millard.)

D..., trente-huit ans, dans la journée du 24 décembre 1858, ressentit des coliques violentes survenues sans causes appréciables. Le

lendemain, plusieurs vomissements abondants, arrêt complet des garde-robes, il constate une petite tumeur dans l'aine droite. La persistance des accidents l'amène le 30 décembre à l'hôpital, où on lui propose l'opération; il la refuse énergiquement.

Le 1er janvier il offre le cortège symptomatique complet de l'obstruction intestinale. Vomissements très fréquents, pas de selles, pas de gaz par l'anus.

Le 3 janvier, l'état du malade s'est aggravé, les vomissements sont devenus nettement stercoraux.

Le 4 janvier, le malade consent à l'opération qui fut pratiquée par M. Laugier, on trouve une petite tumeur du volume d'une cerise, que M. Laugier réduisit. Mais tout à coup la plaie donna issue à un flot de matières fécales, toute la journée cet écoulement de matières persista.

Autopsie. — Péritonite généralisée, pas d'épanchement appréciable de matières fécales dans l'abdomen. L'anse étranglée adhère mollement aux environs de l'orifice herniaire ; elle se reconnait à une plaque noirâtre, qui occupe une partie du pourtour du calibre de l'intestin, une petite portion vers le bord mésentérique a été respectée.

Nous concluons de la lecture de cette observation qu'il s'agit d'un pincement considérable de la paroi ayant une amené occlusion complète.

Obs. XIV. — Hernie crurale étranglée par le collet du sac (*Bull. Soc. Anat.*, 1859, p.70. — Paul.)

V..., cinquante-sept ans, porte depuis dix-huit ans une petite hernie crurale. Vers la fin de décembre 1858, elle fut prise à la suite d'un effort, de vomissements si violents qu'elle entra à l'hôpital le lendemain. La hernie est du volume d'une noisette : le ventre est très ballonné, vomissements abondants de matières fécales.

Le taxis même sous le chloroforme fut inutile. Le lendemain, on pratiqua l'opération, la hernie fut réduite, les vomissements cessèrent et la malade parut mieux, mais elle mourut dans la journée avec des symptômes d'adynamie profonde.

A l'autopsie on trouva que le viscère hernié était formé par l'intestin grêle dont le calibre n'était pas compris en totalité dans l'étran-

glement. Un cercle rougeâtre bordé d'une petite ulcération existant sur les 2/3 de la circonférence surtout du côté du bout supérieur, indique le lieu de l'étranglement.

La conclusion ressort de la lecture de cette observation.

Obs. XV. — Entéro-épiplocèle crurale droite étranglée. — Opération. — Guérison. — (De Roubaix. — *Bull. Acad. royale de méd. de Belgique* 1867 p. 208).

La malade âgée de 66 ans, servante, présentait depuis trois ou quatre mois une petite tumeur à la région crurale droite, elle n'a jamais porté de bandage.

Le 3 décembre, trois jours avant son entrée à l'hôpital, la malade a éprouvé des envies de vomir, des douleurs vagues dans l'abdomen, plus fixes dans l'aine droite. Le lendemain les nausées devinrent plus fréquentes, et il y eut à deux reprises un vomissement de matières jaunâtres. On lui administra un lavement qui fut rendu presque aussitôt sans avoir rien produit.

Le 6, dans la soirée, la malade arriva à l'hôpital. Il y avait eu un nouveau vomissement le matin. On découvre dans l'aine droite une tumeur arrondie, de la grosseur d'un marron, dure, résistante, douloureuse à la pression, mate à la percussion, à pédicule épais. Ventre ballonné. Il n'y a pas eu depuis six jours au moins, de garderobe. Nausées et éructations de temps en temps sans vomissements. Langue sèche. Anorexie, soif, céphalée. La peau est chaude. Le pouls est petit, serré = 100

On pratique le taxis pendant une demi-heure ; on réduit une partie de la tumeur, mais dès qu'on cesse la pression, celle-ci reprend son premier volume. Spica compressif. Lavement avec chlorure de sodium ; il est immédiatement rendu.

Le 7, même état. Pas de vomissements. On renouvelle le taxis mais sans résultat. On prescrit 30 grammes huile de ricin qui est immédiatement rejetée avec quelques matières mucoso-bilieuses. On replace le spica, qu'on imbibe d'eau froide. Le soir on ordonne lavement avec : décoct. foll. sené concentrée et sulfate de soude, le lavement est rendu avec matière fécale dure.

Le 8, pas de changement; pouls petit = 120. Il y a des nausées,

mais pas de vomissements. On prescrit le même lavement que la veille; il est rendu seul d'abord, mais peu d'instants après la femme rend une petite quantité de matières fécales liquides.

Le 9, la face est grippée, le ventre est météorisé; au moment de la visite, la malade a un vomissement copieux constitué par une substance d'un jaune brunâtre trouble, assez épaisse, à odeur prononcée de matière fécale. M. de Roubaix se résout à opérer.

Après l'incision du sac, l'opérateur trouve, au lieu de l'intestin, un corps inégal, bosselé, épais, avec de petits lobules de graisse, l'épiploon, puis l'on arrive dans une petite cavité, contenant une ampoule intestinale de la grosseur du petit doigt, noirâtre avec une tache plus claire en avant, mais élastique. La hernie était donc formée en avant par de l'épiploon, constituant une enveloppe épaisse à une portion du cylindre intestinal pincé et étranglé par le collet de la masse graisseuse, qui avait elle-même contracté des adhérences au niveau de l'ouverture aponévrotique. L'intestin est réduit dans l'abdomen sans difficulté. Les lambeaux saillants d'épiploon sont enlevés, et la plaie pansée simplement à plat.

Le lendemain tous les accidents de l'étranglement ont disparu. Le cours des matières est rétabli, car deux heures après l'opération, la malade a eu une selle copieuse, n'offrant pas trace de sang, ni de pus...

La malade sortit guérie le 10 janvier.

Malgré les évacuations alvines d'ailleurs peu abondantes, nous pensons à une obstruction complète. Ces évacuations étant le résultat de l'action de purgatif sur le bout inférieur de l'intestin. Ce qui confirme notre manière de voir, c'est le vomissement stercoral qui précéda l'opération.

Obs. XVI. — M. de Roubaix (*Bull. de l'Acad. roy. de Belgique, 1867;* p. 178, obs. IV).

Rapporte le cas d'une femme qui portait une hernie crurale droite depuis sept ans. A la suite d'un effort, elle sentit sa hernie sortir, et elle ne put parvenir à la faire rentrer.

Après qu'un médecin eut vainement pratiqué le taxis, elle entra à

l'hôpital le dixième jour; elle présentait tous les signes d'une péritonite.

A la partie supérieure de la cuisse droite, tumeur de la grosseur d'un œuf de poule. Le chirurgien ouvrit le sac; puis il tomba sur un second sac. Ce second sac avait dans toute son étendue des adhérences avec l'intestin, qui était d'un brun foncé, mais en assez bon état pour qu'on ne le laissât pas au dehors. La réduction fut faite facilement après un débridement en dedans.

La malade mourut de péritonite quelques jours après. A l'autopsie on trouva le ventre rempli de fausses membranes et d'un épanchement abondant de matières fécaloïdes.

L'étranglement de l'intestin ne s'était pas fait dans toute sa circonférence; un cinquième environ restait libre, ce qui expliquait que la femme, la veille de son arrivée à l'hôpital, avait pu avoir *trois selles liquides* provoquées par un purgatif.

Il s'agit donc ici d'un pincement considérable puisque la paroi herniée représente les quatre cinquièmes de la circonférence intestinale. Malgré cela l'occlusion intestinale n'était pas parfaite, puisque la veille de son entrée à l'hôpital la malade eut trois selles, il est vrai, consécutives à l'administration d'un purgatif. Nous regrettons fortement de ne pas avoir l'observation complète, nous indiquant si avant ce purgatif la malade présentait, ce qui est d'ailleurs possible, des phénomènes d'occlusion; le purgatif n'aurait alors fait que vider le bout inférieur.

Des deux observations de Roubaix, l'observation XV nous paraît donc parfaitement concluante au point de vue des phénomènes d'occlusion. Mais l'observation XVI d'après laquelle l'occlusion intestinale n'aurait pas été complète après un pincementdes quatre cinquièmes de la paroi, nous surprend un peu. C'est le seul cas où un pincement considérable ne se soit pas accompagné d'occlusion parfaite. Mais nous trouvons dans les premières pages du mémoire de Roubaix l'explication de cette conclusion peut-être excessive; laissons parler M. de Roubaix.

« Toutes ces observations, dit-il, ont été recueillies et

rédigées par mes internes. Elles sont loin d'avoir été faites avec le même soin et la même intelligence, et elles portent l'empreinte des différences de zèle et de capacité qu'ont présentées les élèves qui se sont succédés dans mon service. A côté d'observations que l'on peut regarder comme bien faites, il s'en trouve d'autres qui pèchent par le défaut de détails et par l'omission de circonstances et d'explications propres à donner aux cas une physionomie bien accentuée. Quelques-unes même en manquent totalement et ne peuvent être considérées que comme des éléments de statistique au point de vue des succès et des revers... J'aurais pu donner une meilleure forme à ces documents en les remaniant ; mais j'ai préféré leur laisser leurs imperfections que de leur ôter leur couleur propre, et je dirai même, pour quelques-unes d'entre elles, leur *naïveté* (sic), etc. »

Nous pourrions donc, d'après le dire de M. de Roubaix, considérer comme *naïf* ce fait observé par lui ou plutôt par son interne, à savoir : l'absence d'occlusion intestinale avec pincement latéral extrêmement accentué. Nous regrettons que l'œil du maître n'ait point passé par là, que M. de Roubaix n'ait point couvert de sa compétence toutes les conséquences de ses observations. Nous avons toujours appris de nos maîtres, que les sciences médicales ne marchaient vers le progrès qu'avec l'expérimentation et l'observation combinées. S'il est vrai que les 32 cas de hernies étranglées relatés sous le nom de M. de Roubaix et recueillis par ses internes soient contestables dans leurs détails, nous les renvoyons aux statistiques opératoires, c'est là leur place, et nous n'en retirons que les conclusions très générales émises par le maître et couvertes par son grand nom.

Obs. XVII. — Hernie inguinale directe interstitielle. — simple pincement de l'intestin, par M. Reverdin, interne des hôpitaux. (*Bull. Soc. anat.* 1869, p. 560);

Il s'agit d'un malade qui portait depuis trois ans, une hernie inguinale qui rentrait facilement. Un jour en allant à la garde-robe, il est pris de coliques violentes, de vomissements, bien que sa hernie ne fût pas sortie. Les jours suivants, les vomissements persistent et deviennent très fréquents, il ne rend ni matières, ni gaz par l'anus, le ventre se tend et les coliques continuent.

Le point de départ des accidents remontant au lundi matin 8 heures, il se présente le jeudi avec tous les signes d'un étranglement. L'exploration des trajets inguinaux les montre larges et sans tumeur; à gauche, l'introduction du doigt jusqu'à l'orifice profond est possible, mais très douloureuse; il semble qu'il y ait profondément un peu plus de résistance que de l'autre côté.

Tentatives de taxis de ce côté. Le 10, à midi, la hernie sort, le malade la rentre sans difficulté. Pas de selles, vomissements et douleurs un peu calmés réapparaissent. Etat général grave. Mort.

A l'autopsie, pas de traces de péritonite. Tout près de la symphyse et du sommet de la vessie, on voit une anse intestinale engagée en partie seulement dans un anneau péritonéal; le bord mésentérique de cette anse est libre; en tirant par mégarde sur l'intestin, il se dégage brusquement ; on ne constate aucune trace de gangrène ni de perforation; la partie pincée se reconnaît à sa coloration plus foncée; elle comprend les trois quarts environ de la circonférence de l'intestin. Cette anse est située à $2^{m}07$ au dessous de la valvule pylorique. Toute la partie de l'intestin grêle, au dessus de l'anse herniée, est distendue par des gaz et un liquide d'une couleur grisâtre. La portion inférieure de l'intestin grêle est au contraire très revenue sur elle même; l'intestin a le volume d'une grosse plume d'oie, il ne contient qu'un peu de mucus et la muqueuse est blanche. Le gros intestin, très réduit de volume ne contient que fort peu de matières jaunâtres épaisses, ressemblant par la consistance à de l'argile. »

Obs. XVIII. — *Bull. Soc, anat.*, page 14. 1872.

M. S. Pozzi présente l'observation d'une femme atteinte depuis

dix ans de hernie crurale. La hernie est étranglée depuis cinq jours, la malade a présenté des phénomènes d'occlusion complète. On l'opère. On tombe après l'ouverture du sac sur une portion graisseuse très altérée, qui est prise pour l'épiploon et excisée. Au-dessous, on trouve une pointe de hernie intestinale, formée par une petite anse pincée dans une partie seulement de son calibre, et présentant tous les signes de la mortification. Rien ne sort. » Pourtant pas de constriction au niveau du collet du sac et de l'anneau.

Après l'opération, les vomissements continuent; et rien ne sort par l'anus artificiel.

Le lendemain, on introduit une sonde en gomme dans le bout supérieur; il s'écoule un peu de liquide intestinal; puis la sonde restant en place on voit survenir une véritable débâcle qui soulage la malade. Malgré cela, on vit évoluer une péritonite qui emporta la malade le lendemain soir.

A l'autopsie, on trouva sur l'intestin une perte de substance de 6 cent. correspondante à la partie gangrenée. Toutefois, le « sphacèle remonte sur le bout supérieur suivant une ligne oblique, qui partant de la perte de substance, traverse la face inférieure de l'intestin pour aller rejoindre au bout de 9 cent. l'insertion du mésentère. La portion du repli péritonéal qui correspond à cette partie de l'intestin, est échancrée par une perte de substance circulaire de 5 cent. de diamètre à bords nets, produits par les ciseaux pendant l'opération. »

L'auteur conclut de cette observation, qu'il s'agissait d'une hernie crurale mésentérique ancienne et d'une entérocèle récente étranglée. Il en résulte une demi-torsion de l'intestin qui effaçait le calibre de cet organe, et occasionnait la persistance des phénomènes d'étranglement après l'opération. L'introduction de la sonde fit disparaître cette torsion mais en brisant des adhérences, dont la rupture permit aux matières fécales de s'épancher dans l'abdomen. Ce qui prouve encore la torsion de l'intestin, c'est la gangrène des tuniques intestinales, et surtout la direction oblique suivie par cette mortification.

Peut-être eût on évité les conséquences graves ultérieures à l'opération si l'on eût attiré au dehors l'intestin.

Dans ce cas, il s'agit donc en même temps que d'une hernie mésentérique ancienne, d'un pincement herniaire. Les accidents d'obstruction qui précédèrent et suivirent l'opération, sont évidemment ici d'origine purement mécanique et résultent de la torsion de l'intestin.

Obs. XIX. — Hernie crurale (Thaon, *Bull. Soc. Anat.*, 1871, p. 71).

D..., âgé de quarante-sept ans, entre à la Pitié, 26 avril 1871.

Depuis plusieurs années il porte une hernie non contenue par un bandage. La veille elle sortit plus grosse que d'habitude; coliques vives, vomissements bilieux. Depuis, les selles sont suspendues. On constate une hernie crurale du volume d'une orange, douloureuse. Les selles ne sont pas revenues; le ventre est un peu sensible; les vomissements continuent à de rares intervalles, l'état général est bon. Taxis sans résultat.

27 avril. Pas de modifications dans l'état local et l'état général. Anesthésie, taxis; la tumeur paraît avoir légèrement diminué. On applique une bande de caoutchouc, pas de résultat.

Deux heures après, l'état général s'était considérablement aggravé. Face cyanosée, ventre très ballonné. Vomissements bilieux très fréquents. Respiration rapide. Pouls petit. Mort.

Autopsie. — Péritonite généralisée, 300 grammes de liquide séropurulent. Fossettes crurales très marquées des deux côtés. L'intestin hernié est rentré dans l'abdomen. A 15 centimètres du cœcum on remarque sur l'iléon une éminence noirâtre, formée par une des parois de l'intestin, et résultant probablement d'un pincement par l'anneau crural. La fossette crurale droite forme un orifice circulaire 0,008 millimètres de diamètre. Le col du sac paraît encore plus étroit; le fond du sac pourrait loger une grosse noix.

L'auteur conclut qu'il s'agit ici d'un ancien sac herniaire inhabité, et que l'intestin a été pincé par les bords cicatriciels de l'anneau crural.

Nous ajouterons à cette remarque l'existence des symptômes d'occlusion intestinale.

Obs. XX — Hernie obturatrice. — Kélotomie (Trélat, *Gaz. des Hôpit.* 1872.)

Cet auteur observa une femme âgée de 48 ans, qui à la suite d'une chute éprouva tout d'abord une douleur vive à la partie antérieure

de la cuisse. Quatre jours après, cette douleur s'étant maintenue, elle entra à l'hôpital. L'examen local resta sans résultat; on remarqua l'absence de selles depuis l'accident, pas de vomissements, quelques nausées. Un lavement purgatif resta sans effet. Le lendemain on constata un peu d'aggravation; le ventre était plus gonflé, le pouls plus serré. Un nouveau lavement purgatif est rendu presque pur.

Le surlendemain, le ventre est plus ballonné, les circonvolutions intestinales se dessinent à travers la paroi. Pouls 112, T° 36° 4. A plusieurs reprises pendant la nuit vomissements fécaloides. La douleur constante fixe s'exagère par les mouvements de la cuisse, elle siège au niveau du pli inguinal, dans la région correspondante à la tête fémorale.

La malade se trouvait dans le service du professeur Bouchard; sur sa demande M. Trélat l'examine, et explore surtout la région inguinale. On remarque que cette région est un peu plus gonflée, que ce gonflement correspond à la zone douloureuse. Toutefois pas de tumeur distincte. C'est au niveau du pectiné en dedans de l'artère fémorale que la douleur est très vive, elle existe, mais diminuée au niveau du premier adducteur. La tuméfaction et la douleur ne correspondent pas au siège des hernies crurales ou inguinales.

Opération. — Une incision verticale permit de vérifier l'intégrité du canal crural, puis la dissection étant continuée, l'opérateur reconnut avec le doigt dans l'interstice qui sépare le pectiné des adducteurs, une petite tumeur de la grosseur d'une bille, reconnue pour le sac herniaire, elle fut ouverte, le sac se vida de lui-même.

Une heure après il y eut une selle copieuse. Mais vers deux heures de l'après midi, il y eut des douleurs abdominales vives, un nouveau vomissement à trois heures la malade agonisait.

Autopsie. — Péritonite généralisée par perforation. L'étranglement siégait à 25 centimètres au dessus du cœcum. Il ne comprenait que les 2/3 du calibre de l'intestin. Quant au sac il existe dans la gouttière sous-pubienne, déprimé en doigt de gant et pouvait admettre l'extrémité du pouce.

Hernie fort rare et de plus pincement latéral, avec occlusion intestinale, telles sont les réflexions que nous suggère la lecture de cette observation, qui, prise avec rigueur éclaire aussi le diagnostic des hernies obturatrices. L'évacuation abondante survenue après l'opération s'explique par la perméabilité de l'intestin permettant aux matières de s'écouler dans le bout inférieur, et malheureusement aussi en raison de la perforation, dans la cavité péritonéale.

Obs. XXI. — Hernie crurale (Ledentu).

Une vieille femme de 80 ans, entre à la Pitié au mois d'août 1869 avec une hernie crurale étranglée depuis cinq jours. Un lavement purgatif donné le soir de son arrivée est suivi dans la nuit d'une abondante diarrhée.

S. Tarnier suppléant alors Richet, croit quand même à la nécessité de l'opération, mais la malade s'y refuse obstinément. La diarrhée continue aussi abondante et la mort survient 48 heures après l'entrée.

A l'autopsie je trouve l'intestin pincé et retenu dans un petit sac de 3 cent. de profondeur environ ; la portion d'intestin non engagée a 12 millimètres, mesurée dans le sens de la circonférence de l'intestin ce qui donne pour diamètre du pertuis resté perméable 4 millimètres, chiffre qu'il faut réduire encore si l'on veut tenir compte du gonflement des parties, que la mort avait certainement diminuées. Est-il sensé d'admettre que la quantité énorme de matières évacuées ait pu passer du bout supérieur dans l'inférieur par un orifice aussi étroit ? Il était d'ailleurs facile de constater que les matières contenues dans le bout inférieur n'étaient pas du tout les mêmes que celles que renfermait le bout supérieur, d'où cette conclusion, très naturelle, que les matières évacuées provenaient directement du bout inférieur, il faut bien admettre alors qu'elles étaient le résultat d'une hypersécrétion muco-séreuse due à l'irritation propagée de proche en proche sur toute la longueur du bout inférieur à partir du point étranglé.

Autre raison péremptoire ; l'intestin était largement perforé au point étranglé. Les matières si elles fussent réellement venues du bout supérieur, auraient eu bien plus de tendance à tomber dans le péritoine, qu'à passer dans le bout inférieur.

Si donc, il y a souvent coïncidence entre la diarrhée et le pincement de l'intestin, il faut peut-être en chercher la cause plutôt dans l'intensité de l'irritation intestinale et sa tendance à gagner les deux bouts à une grande distance de l'étranglement, que dans la perméabilité plus ou moins grande du canal (Dict. Jaccoud, t. XVII, p. 589).

Obs. XXII. — Hernie congénitale étranglée chez un enfant de trois mois, Guéniot (*Gaz. des hôpit.*, 1873).

L'enfant dont il s'agit entre à l'hôpital le 26 septembre pour une petite tumeur de l'aine droite que l'on prit pour une hydrocèle enkystée du cordon. Le 11 novembre, on apprit que l'enfant vomissait fréquemment depuis la veille. La tumeur, devenue plus volumineuse et sensible, se prolongeait vers le canal inguinal. Vomissements stercoraux, ballonnement du ventre, affaissement de l'état général.

On pratique la kélotomie; la portion d'intestin herniée mise à nu est de la grosseur d'une cerise.

Pendant une heure l'enfant paraît en meilleur état, après quoi les vomissements fécaloïdes reparurent; mort dix heures après l'opération.

Autopsie. — Lésions de la péritonite généralisée. Le gros intestin contraste par son affaissement et ses petites dimensions avec l'intestin grêle démesurément développé.

La portion étranglée, située à 5 cent. du cœcum, occupe les deux tiers profonds du canal inguinal; elle a les dimensions d'une aveline et représente les deux tiers de la circonférence intestinale. L'autre tiers, adhérent au mésentère, ne participe pas à l'étranglement; toutefois le calibre de l'intestin n'en est pas moins complètement effacé.

A notre point de vue, nous concluons que cette observation est remarquable, parce qu'elle constitue, vu l'âge du malade, un fait insolite, pour ne pas dire unique.

Le cortége symptomatique de l'occlusion intestinale n'a pas manqué dans ce cas de pincement.

Obs. XXIII. Hernie ombilicale ancienne. — Hernie de la ligne blanche étranglée. — Débridement. — Mort. — Autopsie par M. Kirmisson, interne des hôpitaux (*Bul. Soc. Anat.* 1875).

Évalet Jeanne, 55 ans, entre à l'hôpital Necker, service de M. Guyon, le 20 février 1875. Elle offre au plus haut degré les symptômes de l'étranglement herniaire : refroidissement des extrémités, pouls à 120, 20 respirations, vomissements incessants fécaloïdes, etc. Ces phéno-

mènes ont débuté le mardi 16 février. Le matin de ce jour elle était allée à la selle; depuis, elle n'a rendu ni gaz ni matières par l'anus. Deux purgations ont été prises et sont restées sans effet.

A l'examen du ventre, hernie ombilicale du volume d'une tête de fœtus à terme. Cette tumeur qui existe depuis 25 ans, n'est évidemment pas le siège de l'étranglement; elle est souple, sans empâtement, non douloureuse. On peut se demander s'il n'existe pas un étranglement interne. Mais lorsqu'on vient à palper le ventre à la limite de la région ombilicale et de la région épigastrique on détermine en ce point une vive douleur; enfin on reconnait l'existence d'un empâtement globuleux mal limité. Il s'agit donc probablement d'une hernie de la ligne blanche située au dessus de l'anneau ombilical, hernie intestinale étranglée produisant les accidents actuels. L'opération ne précéda que de quelques heures la mort de la malade.

Autopsie faite le lundi 22 février, a entièrement confirmé le diagnostic. « Il s'agissait d'un pincement de l'intestin qui en oblitérait entièrement le calibre. »

Obs. XXIV. — Par M. Charles Leroux, interne des Hôpitaux (*Bulletin de la Soc. Anat.*, 1877).

Lec... (Félicité), trente-sept ans, entrée le 27 janvier 1877 dans le service de M. Dumontpallier, envoyée par un médecin de la ville comme étant atteinte d'un étranglement interne.

A neuf heures du matin, en effet, elle présente tous les signes d'une obstruction intestinale. La malade est abattue, le pouls insensible, la température basse (35°5 dans l'aisselle), les extrémités sont froides, cyanosées, le ventre est ballonné, la respiration gênée. On apprend que vers le mois d'août dernier, elle fit un effort et ressentit une douleur dans l'aine. Quelques jours après, nous dit-elle, un médecin constate dans la région inguinale droite une adénite suppurée, pratique une incision qui donne alors issue à du pus. La cicatrisation s'effectue, mais cependant il reste dans la région un certain degré d'empâtement et d'induration.

Le 19 janvier, c'est-à-dire six mois après, elle fait un nouvel effort et ressent une douleur abdominale assez vive, puis elle est prise quelque temps après de nausées, de vomissements alimentaires, bilieux, qui persistent ainsi plusieurs jours.

Le 24, les garde-robes sont complètement supprimées; aucun gaz ne sort par l'anus.

Le 26 au soir, premiers vomissements fécaloïdes.

Le 27, son état est tellement grave qu'elle se fait apporter à l'hôpital dans la situation désespérée, où on la trouve au moment de la visite. On pense à une obstruction intestinale; à droite, immédiatement au-dessous de l'arcade fémorale on trouve la peau légèrement tendue, soulevée par une tumeur rénitente en un point, presque fluctuante à un autre, et tout autour un empâtement considérable.

Y a-t-il là quelque hernie crurale, ou bien n'a-t-on affaire qu'à un empâtement chronique autour d'une vieille adénite suppurée coïncidant avec un étranglement interne? Le fait reste douteux.

Dans ces circonstances, M. Dumontpallier demande l'avis de MM. Verneuil et Marchand, ceux-ci hésitent entre étranglement interne et hernie crurale. Dans tous les cas, l'état de la malade ne permettant pas de temporiser, M. Marchand à qui était confiée la malade, pratique l'entérotomie par le procédé de Nélaton. L'opération a lieu à onze heures. Celle-ci terminée, la malade semble un peu soulagée; le ventre est encore assez gros; le pouls n'est toujours pas perceptible. Mort à trois heures de l'après-midi.

Autopsie. — Péritonite généralisée encore peu intense. L'intestin grêle s'est engagé dans l'anneau crural vers la partie moyenne de sa longueur. Toute la portion située au-dessus de la hernie est dilatée, remplie de gaz et de liquide fécaloïde. Au contraire, toute la partie d'intestin grêle située au-dessous est pâle, revenue sur elle-même. La suture de l'intestin à la paroi abdominale siège à un mètre au-dessus de l'anse étranglée. On voit qu'il ne s'est engagé dans le canal crural qu'une partie de la circonférence de l'intestin. Il n'y a là qu'un pincement latéral; on peut faire passer le petit doigt du bout supérieur vers le bout inférieur en contournant l'éperon formé en ce point. L'intestin ouvert au niveau du point pincé présente les lésions suivantes : la muqueuse est injectée, violacée, d'autant plus noirâtre qu'on s'approche du point pincé; elle est plissée, ramollie et offre çà et là des ulcérations très nettes qui ne semblent pas s'étendre au-delà du tissu sous muqueux.

La dissection de la région crurale découvre un immense ganglion de 3 centimètres de diamètre et de 1 centimètre d'épaisseur. Au-dessous du ganglion existe une poche d'où s'échappe un pus verdâtre d'odeur infecte, au fond laquelle on trouve une saillie noirâtre qui

n'est autre que la portion herniée entourée de son sac. La cavité du sac contient du pus communiquant par une perforation avec celui de la poche périphérique, et une portion d'intestin hernié. Cette dernière du volume d'une noisette, de coloration violacée noirâtre; l'intestin ne présente aucune perforation; il adhère par son extrémité, au fond du sac par une bride assez résistante. Au niveau de l'anneau, l'intestin est très noir, offre un sillon profond et semble prêt à se perforer.

M. Leroux fait suivre sa présentation des réflexions suivantes :

Dans ce cas, il y a eu hernie et étranglement d'une portion restreinte de la circonférence d'une anse intestinale avec persistance du conduit, retréci, il est vrai, mais encore perméable aux matières et surtout aux gaz. Or, on a pu voir dans la partie clinique de cette observation qu'il n'y avait pas eu depuis plusieurs jours issue de matières fécales ni de gaz par l'anus.

« Pourquoi ni les matières liquides ni les gaz ne passaient-ils pas, puisque le conduit était encore en partie perméable? Il est très probable qu'il y avait paralysie de l'intestin, mais qu'elle en était la nature? La paralysie était-elle réflexe ou bien était-elle due au début de péritonite constatée à l'autopsie? Les deux hypothèses sont probables, et toutes deux, nous le croyons, devaient contribuer à laisser stagnants les matières et les gaz; aussi avons-nous vu qu'au moment de l'ouverture de l'intestin très peu de matières se sont écoulées au dehors, et cependant, à l'autopsie, on en a encore trouvé une assez grande quantité dans la cavité de l'intestin, au-dessus de l'étranglement. »

A propos de cette communication, M. Berger dit que les pincements latéraux de l'intestin sont *très rares* (*il n'en connaît que 4 cas*). et qu'ordinairement, au lieu qu'il y ait constipation absolue comme dans ce cas, les malades ont eu de la *diarrhée*, *qui même a pu être choléríforme*, bien que l'intestin soit ordinairement pincé sur une grande étendue de sa circonférence.

Obs. XXV. — Desprès *(Bull. Soc. Anat.* 1877).

Une femme de trente ans entre à la Charité, dans le service de Velpeau, pour une hernie crurale étranglée depuis deux jours. La malade rendait des gaz par l'anus, et Velpeau pensant à un étranglement peu

serré ne fit ni taxis ni opération. La malade eut dans les trois jours une petite selle et rendait toujours quelques gaz. Le cinquième jour elle changea subitement, prit le facies péritonéal et mourut. Pincement de l'intestin grêle; gangrène de la portion pincée, épanchement de matières dans l'abdomen — Donc occlusion incomplète.

Obs. XXVI. — Hernie crurale étranglée, à forme insolite (*Gaz. des hôpit.* 1878 p. 275).

Le Dr Corcellet, chirurgien en chef de l'hôpital de Grenoble, observa une hernie crurale étranglée chez un individu âgé de quarante ans, portant cette hernie depuis deux ans. Le 5 décembre, à la suite d'un effort, il ressentit de violentes coliques; un médecin appelé, pratiqua le taxis sans résultat. Le 14 décembre, le malade entre dans le service du Dr Corcellet.

Présence d'une tumeur située dans la région crurale droite, au-dessus du pli de l'aine; cette tumeur est résistante, douloureuse à la pression, elle offre l'aspect et le volume des hernies marronnées si fréquentes chez la femme.

Vomissements fécaloïdes, absence de garde-robes et d'évacuation gazeuse par l'anus depuis cinq jours; mais souplesse du ventre qui n'est ni sensible ni ballonné, et surtout absence complète d'algidité, de petitesse du pouls et d'expression grippée de la face. En somme, tous les signes d'une occlusion complète sans grande altération de l'état général. Séance tenante, chloroformisation, taxis sans résultat. Kélotomie, on trouve une tumeur jaunâtre à parois épaisses, dures, non-vasculaires, dépourvues de fibres musculaires apparentes. Débridement d'un anneau du fascia cribri formis, pas de réduction. Trois incisions à l'extrémité supérieure du canal, pas de réduction. Introduisant le doigt dans le canal, M. Corcellet débride autour du pédicule; enfin, il attire à l'orifice abdominal une anse intestinale bombée, sur laquelle le pédicule est implanté. Le pédicule représente un petit tube aplati du volume d'une plume d'oie, long de 8 à 10 centimètres, et reliant la tumeur à l'intestin; mais la tumeur est toujours rénitente et irréductible. L'opérateur détruit des brides fibro-celluleuses qui maintenaient les parois du pédicule aplaties l'une contre l'autre; le pédicule se dilate alors, acquiert un volume triple, la tumeur s'affaisse en produisant du gargouillement et en repoussant dans

l'insection deux bols fécaux de la grosseur d'une noisette. On réduit le tout dans l'abdomen.

Guérison.

Relativement à la nature de ce pédicule, M. le Dr Corcellet pose les hypothèses suivantes. S'agit-il d'une hernie, d'un diverticulum intestinal de l'appendice vermiculaire, ou bien s'agit-il d'un sac herniaire dont le collet se serait soudé à l'intestin par une péritonite locale, la communication s'établissant plus tard par la perforation du segment d'intestin circonscrit par les adhérences. Le Dr Corcellet tend à rejeter les deux premières hypothèses au profit de la dernière, car sur le pédicule et la tumeur herniaire on ne remarquait pas de fibres musculaires, parce que les insufflations pratiquées par lui de l'appendice vermiculaire n'ont point amené de dilatation comparable à celle de la tumeur.

Quoi qu'il en soit, notons dans cette observation la conservation totale du calibre de l'intestin et l'existence de symptômes d'occlusion intestinale.

Obs. XXVII. — Duplay (*Bull. Soc. chir.*, 1879).

Chez une femme de cinquante ans, qui présentait des symptômes d'étranglement peu prononcés, on avait pris la tumeur inguinale pour une adénite. Cette femme rendait quelques gaz par l'anus... Je diagnostiquai une hernie étranglée. J'ouvris un sac au fond duquel existait une portion d'intestin de la grosseur d'une cerise. Après débridement, cette petite tumeur rentra et les accidents cessèrent.

Les observations de Desprès et de Duplay mentionnent donc un certain degré de perméabilité de l'intestin. Toutefois nous ferons remarquer que ces faits sont rapportés de mémoire, ce qui leur enlève un certain degré de précision.

Obs. XXVIII. — Par le Dr W. Collins (*The Dublin Journ. of medic. sc.*, p. 443, mai 1879).

Le Dr Marc Swiney, appelé à voir une vieille femme atteinte de bronchite, apprit que pendant trois jours la malade avait eu de vio-

lents vomissements fécaloïdes, sans aucune selle, et conclut à une hernie étranglée. C'est alors qu'elle fut mise dans mon service à l'hôpital de la rue Jervis. En l'examinant rapidement à son arrivée, je la trouvai dans des conditions misérables, avec un pouls petit et rapide, la peau froide, la respiration pénible et fréquente, en rapport avec l'intensité de la bronchite. Un examen soigneux me fit trouver dans le pli de l'aine gauche une petite tumeur, du volume d'une noisette, molle, élastique, partiellement réductible à la pression. L'abdomen était fortemeut distendu. Pendant que je palpais la tumeur, il se produisit un vomissement fécaloïde caractéristique qui, avec la rapidité du pouls et les symptômes déjà décrits, ne permettait pas de douter de l'existence d'une hernie crurale étranglée. Le taxis fut inefficace, mais vu l'état misérable de la malade, l'intervention chirurgicale fut rejetée, et la malade mourut bientôt après.

L'autopsie révéla une épiplocèle crurale ancienne, grosse comme une noix, adhérent au sac. Une petite partie du jejunum, récemment étranglé, adhérait à la face postérieure de la hernie épiploïque. La pièce montre encore des traces de ces adhérences. La portion de l'intestin étranglé ne comprend qu'une partie de la lumière de l'intestin et, d'après son apparence sacciforme, semble avoir depuis longtemps occupé l'anneau et le canal crural. Il me semble probable que pendant les paroxysmes de la toux, de nouvelles parties de l'intestin s'étaient herniées et avaient été pincées dans l'anneau, que l'intestin est devenu paralysé à la suite de l'inflammation, de sorte que son obstruction, d'abord partielle, est devenue totale — Ce cas est important, car il démontre que l'étranglement et l'obstruction d'une partie seulement du calibre de l'intestin peuvent amener une obstruction complète, très probablement à la suite de l'inflammation et de la paralysie consécutive.

Obs. XXIX. — Puglièse (*Lyon Médical*, 7 septembre 1879).

« Dans l'hospice de Bourg où je faisais fonction d'interne, un militaire pris de malaises subits, nous fut envoyé peu d'heures avant la mort. On crut un moment en ville qu'il s'était agi du choléra. Nous rencontrâmes à l'autopsie un léger pincement de l'iléon par l'anneau crural; il avait échappé pendant la vie aux recherches minutieuses de deux chirurgiens très exercés. »

Donc pas de détails cliniques; cependant le mot de choléra nous permet de conclure à une aggravation considérable de l'état général, l'existence de vomissements et peut-être aussi des selles.

Obs. XXX. — Hernie crurale; étranglement partiel de l'intestin; présence d'un ganglion au-devant du sac. Opération le cinquième jour (Dr Lemée de Saint-Sever, *Soc. chir.*, séance 23 janvier 1879).

Le Dr Lemée est appelé pour donner des soins à une femme qui, en courant, sentit tout à coup une douleur vive dans le bas ventre; immédiatement après, elle s'aperçut qu'elle avait une grosseur dans le pli de l'aine; en même temps des coliques persistèrent toute la nuit, et elle vomit plus de vingt fois des matières alimentaires, puis des matières bilieuses. Le lendemain matin une selle assez abondante, et cependant elle ressent une douleur vive siégeant dans l'aine, et s'irradiant dans l'abdomen aux environs de cette région; les vomissements continuent aussi fréquents que la veille, surtout si elle introduit quelque aliment ou quelque boisson dans l'estomac.

Le vendredi matin une nouvelle selle, mais moins abondante que la veille. Mêmes coliques, quant aux vomissements, ils ont presque disparu.

Le samedi, pas de selles, mais mêmes coliques, mêmes douleurs et nausées permanentes.

A huit heures du soir M. Lemée fait sa première visite. Il constate une tumeur dure dans la région inguinale, située au niveau de l'anneau crural, et du volume d'un gros œuf de pigeon; le grand axe étant parallèle à la ligne du pli de l'aine. Elle est dure, solide et d'une matité absolue. Le ventre est souple, sauf pour la partie droite inférieure, où le ballonnement est manifeste. Le pouls est fréquent, mais régulier; la face, néanmoins présente une altération notable. Après avoir fait pendant un quart d'heure des tentatives modérées de taxis, il prescrit 10 centigrammes d'extrait d'opium pour la nuit.

Le lendemain dimanche, l'état général est meilleur, la nuit a été bonne, un peu de sommeil, très peu de nausées, cependant la face reste toujours grippée. La malade est transportée à l'hôpital, une nouvelle tentative de taxis est pratiquée sans succès. La malade a pris depuis hier soir 20 centigrammes d'opium. Le lendemain matin lundi

la figure est encore moins bonne qu'hier, le pouls est fréquent et concentré, la peau est froide; *pas de selles depuis le vendredi matin.*

Le taxis est de nouveau essayé, reconnu inutile, et l'opération est décidée et pratiquée à huit heures du matin.

Une incision verticale de 5 centimètres permit de tomber sur une masse ganglionnaire formant la plus grande partie de la tumeur. On releva avec une érigne la masse ganglionnaire; on tendit le pédicule de la tumeur et une incision pratiquée à la partie inférieure du pédicule permit de pénétrer dans une cavité de la forme d'un dé à coudre, haute d'un centimètre et demi, large d'un centimètre, et contenant une portion intestinale rouge foncé faisant une saillie d'un demi-centimètre. Cette portion intestinale était tellement serrée au niveau de l'anneau qu'il fut très difficile de passer même une sonde cannelée; et grâce à quelques tractions faites avec cet instrument, l'intestin put être dégagé.

Le soir, la malade se trouve bien; pas de vomissements. Elle a pris du café, du bouillon, et n'a rien vomi; le ventre est légèrement ballonné.

Mardi matin, bon état; pas de ballonnement du ventre; huile de ricin qui donne lieu à une selle abondante. Bouillon, lait et vin. Le pouls battait environ 104 à 106 par minute. Les jours suivants la malade se trouve mieux, et le dimanche elle a eu une bonne selle.

Le mardi suivant, la plaie est entièrement cicatrisée; bon état général, appétit, prompt rétablissement.

Obs. XXXI. — *Journ. med. de Bordeaux*, p. 220, 10 janvier 1880 (Dr Dartigolles.)

Enfant de dix-sept mois, jusque là bien portant :

Le 8 octobre, l'enfant s'agite, se plaint, vomit dans la matinée, fièvre. On trouve sur le trajet du cordon une tumeur que la mère à remarqué pour la première fois dans la matinée. La tumeur du volume d'un œuf de pigeon est située à droite sur le trajet du canal inguinal. Pas de changement de coloration de la peau : consistance très dure; elle n'augmentait pas par les cris et les efforts. Une tentative de réduction faite avec douceur fut sans résultat. Prescription de 15 gr. d'huile de ricin, lavement purgatif.

9 octobre. Les vomissements ont commencé au réveil : la pur-

gation et toutes les boissons sont vomies, pas de selles. Pouls impossible à compter, les yeux sont excavés. Une tentative de réduction reste infructueuse. La mère prend l'enfant sur ses genoux : à ce moment la hernie se réduisit avec un léger gargouillement; le malade est replacé sur son lit, la hernie se reproduisit, mais rentra sans difficulté sous l'influence d'un léger taxis.

L'enfant paraît soulagé et s'endort : le père contient la hernie en appliquant deux doigts sur l'orifice inguinal, mais vers onze heures, comme l'enfant paraissait tranquille, il cesse la contention. A deux heures, la respiration s'embarrasse tout à coup, et sans pousser un cri, l'enfant meurt.

Autopsie. — En dehors et en arrière du cordon, on trouve un petit appendice long de deux centimètres, rougeâtre et gros comme une plume d'oie de moyen calibre, on ne peut le refouler qu'en faisant une petite incision sur la partie supérieure de l'orifice interne. Ce corps est rentré dans l'abdomen et là, on constate que cet appendice devenu libre se déploie immédiatement. Il s'agit donc de la paroi antérieure du petit intestin. Cette portion de l'intestin, la demi-circonférence antérieure, est d'un rouge vineux avec des arborisations, sans sillon circulaire. La demi-circonférence postérieure est à peu près à l'état normal. La couleur vineuse n'a pas une étendue de plus de cinq centimètres environ, dans la direction longitudinale de l'intestin.

Le péritoine est sain, ne contient pas de liquide. L'intestin est distendu par des gaz.

Cette observation est d'autant plus curieuse que malgré la rareté de l'étranglement herniaire chez l'enfant, il s'agit ici d'un pincement latéral; quant aux phénomènes d'occlusion, ils sont ici des plus nets.

Obs. XXXII. — (*Semaine Méd.* 11 octobre 1883, *Clin. chir.*, Berger).

Il s'agit d'une femme âgée de soixante-quinze ans, portant depuis trois ans une hernie contenue par un bandage. Il y a quatre jours, la tumeur herniaire se présenta avec un volume considérable, devint irréductible et quelques vomissements se produisirent.

Le lendemain, un médecin pratiqua le taxis, et obtint la réduction des deux tiers environ de la hernie. La malade fut soulagée, mais

n'éprouva pas cependant ce bien-être indéfinissable qui accompagne de semblables réductions; le médecin ordonna un bain; dans ce bain, la malade rendit quelques gaz par l'anus; comme d'autre part, les vomissements avaient cessé, on dut penser que la tumeur irréductible était constituée uniquement par de l'épiploon.

Cependant le lendemain et le surlendemain, pas de garde-robes; le ventre est distendu; la malade ressent des coliques intenses. L'état général paraissant plutôt aggravé, le médecin ordonna un purgatif d'exploration; celui-ci amena deux petites garde-robes accompagnées de gaz, mais il ne procura pas de soulagement.

A l'arrivée de la malade, la tumeur herniaire examinée est douloureuse, et l'on aperçoit à son niveau un certain degré de fluctuation. Les autres symptômes généraux et locaux sont déjà connus. M. Berger insiste surtout sur le ballonnement considérable du ventre, sur l'existence de coliques vives pendant lesquelles les anses intestinales se dessinaient sous la paroi abdominale. Avec cela, pas de vomissements, nausées, répulsion invincible pour toute espèce de nourriture.

Tenant compte des résultats fournis antérieurement par le purgatif, M. Berger pense, soit à une épiploïte enflammée, soit à un pincement latéral de l'intestin, déterminant du ballonnement, des coliques avec mouvements intestinaux perceptibles à travers la paroi abdominale. Quoiqu'il en soit, M. Berger attendit et prescrivit un bain, une potion calmante.

Dans la soirée, la malade rendit des gaz en assez grande quantité. Mais le lendemain, l'état général n'ayant cessé de s'aggraver, on se décida à opérer.

On trouva dans l'intérieur du sac une petite portion d'une anse intestinale gangrenée. L'intestin fut fixé aux parois du sac, puis ouvert; il était complètement vide de matières et de gaz.

Les quatre jours qui suivirent l'opération se passèrent sans incidents; mais au cours du cinquième jour survint une pneumonie droite qui, en trois jours, enleva l'opérée.

A l'autopsie, la cavité abdominale est absolument saine; la hernie était une hernie crurale. A l'orifice de ce nom adhérait une anse intestinale; des adhérences assez intimes s'étaient établies surtout entre la surface interne de l'orifice herniaire et l'intestin. On pouvait passer un instrument du bout supérieur au bout inférieur de l'intestin très librement, sans pénétrer dans la portion d'intestin herniée. L'anse adhérente ayant été incisée sur son bord mésentérique, sa cavité présenta une dépression correspondante à l'anneau herniaire.

Donc, ici, le cours des matières persiste, il est vrai, mais diminué, attendu que les selles furent peu abondantes.

Si nous arrêtons là, la nomenclature de nos observations, nous pouvons déjà conclure à la grande fréquence de l'occlusion intestinale dans le pincement herniaire. Mais alors quelles sont les observations, sur lesquelles s'appuie Defaut, pour défendre la liberté du cours des matières intestinales? Nous en donnerons une simple analyse.

Obs. I

Il s'agit de la malade du Dr Lemée. Avant l'opération, pas de selles depuis 3 jours, vomissements ne s'arrêtant que par l'opium, facies abdominale.

Après cela l'intestin serait regardé comme perméable? A notre avis, s'il n'y a pas eu des vomissements stercoraux, c'est qu'on était encore trop près du début des accidents.

Obs. II.

Tassain, âgé de soixante-cinq ans, voit sa hernie crurale s'étrangler le 4 juin au soir; rien de caractéristique les premiers jours. « Le 9 juin au matin, vomissement bilio-muqueux à odeur fécaloïde. » Un lavement purgatif détermine une selle très abondante; les matières étaient *dures et ovillées*; dépression de l'état général. Le 10 au soir, kélotomie : on trouve une petite portion d'intestin pincée dans l'anneau crural. Le 4 juillet, mort de tétanos; pas d'autopsie. — Dans cette observation, nous trouvons signalé un vomissement fécaloïde; une seule selle provoquée par un lavement purgatif; les matières sont dures, ovillées; n'est-ce pas là le contenu d'un intestin qui depuis longtemps ne fonctionne plus? Ici encore l'observation semble se rapporter non pas au pincement, mais à l'étranglement complet.

Obs. III.

Début des accidents le 26 janvier; nausées, vomissements; une selle le 28; le 29, toujours vomissements; ce matin quelques gaz par l'anus; léger ballonnement du ventre. Kélotomie. On découvre sous une masse épiploïque « deux portions d'anse de la grosseur de l'extrémité du petit doigt. » — Veut-on parler ici de portions d'anse complètes ou incomplètes? Dans ce cas, il ne s'agirait point de pincement herniaire. L'ambiguité des termes ne nous permet de ne tenir que très secondairement compte de cette observation.

Obs. IV. — (Duplay.)

Déjà citée par nous (page 37).

Obs. VI — (G. H. Lavater, *divers de intest. compres.* Thèse 6. 1672.)

L'opérateur trouva dans la constriction d'une partie de l'intestin la cause pour laquelle la malade avait rendu des excréments liquides pendant tout le temps de la compression. — Malgré l'absence de détails c'est peut-être l'observation la plus concluante en faveur de la thèse de Defaut.

Obs. VII — (Littre. *Acad. des sc.* 1700.)

Pendant tout le cours de sa maladie le sujet eut le ventre libre, mais à l'autopsie vu la putréfaction du cadavre, l'observateur ne put reconnaître la nature et l'état des lésions, toutefois il se trouva enclin à penser qu'il s'agissait non pas d'un pincement latéral, mais d'une hernie diverticulaire. En raison des hésitations de Littre, Defaut n'est pas affirmatif et cite cette observation comme se rattachant peut-être à son sujet.

Obs. VIII — (Morgagni, 34e lettre)

Vomissements assez fréquents, mais toujours possibilité des évacuations. Mort. Pincement latéral du colon.

En raison de la persistance des vomissements, on ne peut nier l'existence d'un certain degré d'occlusion.

Obs. IX — (Littre *Mém. Acad. des sc.* 1714)

A propos d'un pincement latéral du colon constaté à l'autopsie, Littre conçoit très bien, pourquoi la malade ne laissait pas d'aller à la selle. Pas d'autres renseignements cliniques.

Obs. X. — Citée par Desprès (voir page 35). A propos de la présentation de Leroux.

Si cette observation qui n'est qu'une relation faite de mémoire, se trouve mentionnée, la communication de Leroux se trouve omise par l'auteur.

Obs. XI. — (Garengeot, *opérations* t. I[er]).

Le Dran opère de l'exomphale une personne qui rejetait des matières fécales par la bouche, sans pour cela présenter absence de selle. — On ne peut nier, après cette observation, que le cours des matières ne fut changé, le malade présentant des vomissements fécaloïdes.

Parlant ensuite de l'évolution clinique de l'affection, Defaut tend à démontrer que la fistule stercorale est la terminaison fréquente du pincement latéral. Mais quelles sont les observations publiées ? Evidemment des observations qui n'ont point subi le contrôle de la nécropsie; or, l'évacuation des matières contenues dans le bout inférieur de l'intestin, a bien pu donner le change, et faire croire à la persistance du cours du bol intestinal ; voici d'ailleurs le résumé de ces observations.

Obs. XIII.

Début des accidents 8 jours. Vomissements depuis 3 à 4 jours, pas de vomissements stercoraux. Uue selle chaque jour. Formation d'une fistule stercorale (Louis. Acad. de chirurg. 1757).

Obs. XIV. — (Louis, *loc. cit.*)

Chez un homme âgé de quatre-vingts ans, survinrent des accidents abdominaux. Aucun détail sur ces accidents. Fistule stercorale.

Obs. XV. — *(Mém. de la Soc. d'Edimbourg).*

Après une colique sur laquelle nous n'avons aucun renseignement, le malade prit un purgatif, qui le purgea beaucoup; néanmoins, apparition dans l'aine d'une tumeur qui devint l'origine d'une fistule stercorale.

Obs. XVI. — (John Keat).

A la suite d'une hernie crurale on vit apparaître une fistule stercorale ; celle-ci établie, le médecin fut appelé à la constater. Les matières passaient surtout par la fistule et un peu par l'anus. Ne voit-on pas la même chose dans le cas d'anus contre nature, établi à la suite de l'étranglement d'une anse complète?

Obs. XIX.

Au niveau d'une hernie crurale, abcès stercoral, en même temps, douleurs abdominales. *Vomissements stercoraux*; persistance des selles. Incision de l'abcès, éperon, entérotomie. Mort.

Etant donnée, l'existence de vomissements stercoraux, la présence d'un éperon intestinal au fond de la fistule; je crois que l'on peut conclure à l'étranglement antérieur d'une anse complète; l'adossement des deux bouts de l'intestin constituant l'éperon sensible au fond de la fistule.

Nous ne parlons pas des quelques autres observations, nous pourrions les soumettre à la même argumentation. Rien ne prouve qu'il s'agit ici de pincements intestinaux, l'occlusion s'y manifeste avec son cortége plus ou moins complet.

Malgré le peu d'étendue des détails, on peut dire que les vomissements ne font jamais défaut ; les vomissements stercoraux existent souvent ; lorsqu'ils manquent, on peut attribuer leur absence au début relativement rapproché des accidents. Les seules observations où l'on peut admettre la persistance du cours des matières sont : l'observation IV de Duplay, l'observation X de Desprès ; l'observation VIII de Morgagni ; l'observation IX de Littre ; l'observation VI de Lavater.

Or, parmi ces observations, les unes manquent de détails, les autres sont faites de souvenir ; quant aux observations de pincements terminés par anus contre nature, nous mettons fortement en doute leur valeur vu l'incertitude du diagnostic. Cependant nous trouvons dans les conclusions de l'auteur : « Le symptôme le plus saillant du pincement latéral, consiste dans la persistance du cours des matières fécales et des gaz, quoique légèrement diminué. Le diagnostic pourrait être porté du vivant du malade dans la généralité des cas. »

De la lecture des observations citées plus haut, que pouvons-nous conclure relativement à la circulation des matières dans l'intestin ? Il suffit d'établir une statistique, et nous voyons que six cas seulement plaident en faveur de de la persistance du cours des matières.

Obs. II. — Morgagni. Epist. 34.
Obs. III. — Woillemier.
Obs. du Dr Roubaix.
Obs. de Duplay.
Obs. de Lavater.
Obs. de Desprès.
Obs. de Berger.

Je renvoie aux réflexions faites sur ces observations peu chargées de détails et faites de mémoire. Mais que peu-

vent-elles établir? Que dans le pincement herniaire la persistance du cours des matières est possible? Soit; mais les autres observations plus nombreuses et autrement détaillées nous montrent que l'occlusion est bien plus fréquente.

Description de l'occlusion intestinale dans le pincement herniaire.

L'occlusion intestinale est un syndrome clinique se manifestant par trois grands symptômes qui, groupés entre eux, forment un ensembre pathognomonique : ce sont les vomissements, le ballonnement du ventre, la constipation opiniâtre. L'altération de l'état général, qui donne aux malades un facies caractéristique, ne manque jamais, lorsque ces trois symptômes se trouvent réunis.

Un petit nombre d'observations seulement sont assez parfaites, pour que nous puissions juger l'occlusion dans tous ses détails; mais nous pouvons néanmoins affirmer, que l'occlusion se présente souvent dans le pincement avec tout son cortége clinique.

Les vomissements sont d'abord alimentaires, puis bilieux, enfin stercoraux; ils résultent de l'accumulation des matières dans le bout supérieur de l'intestin, et probablement aussi de l'exagération des mouvements antipéristaltiques qui reportent en arrière le contenu de l'intestin. Quoiqu'il en soit, le vomissement stercoral est pour nous le signe le plus complet, le signe pathognomonique de l'occlusion intestinale. Si la perméabilité du canal n'est pas totalement abolie, rationnellement le vomissement

stercoral apparaîtra tardivement. Or, en nous reportant à nos observations, nous voyons que son apparition est souvent rapide.

Nous croyons que dans les occlusions les plus étroites, on ne pourrait le voir survenir d'une façon plus précoce.

Le ballonnement existe dans presque tous les cas ; cependant on l'a vu manquer, assez souvent.

Mais le ballonnement peut être peu considérable dans un pincement peu étendu. Souvent il s'accompagne de coliques violentes, pendant lesquelles les anses intestinales se dessinent sous la paroi abdominale.

La constipation existe fréquemment ; pas de garde-robes, pas d'évacuations gazeuses. Mais ici de nombreuses causes d'erreur peuvent faire croire à la perméabilité de l'intestin. Tout d'abord le segment inférieur de l'intestin peut se vider de son contenu ; dans ce cas, selles peu abondantes, matières généralement dures et ovillées. D'autres fois le médecin ordonne un purgatif d'essai ; il en résulte des contractions péristaltiques sur le bout inférieur ; de là, issue d'une petite quantité de matières fécales. Enfin, sous l'influence du purgatif, le bout inférieur peut présenter une hypersécrétion muqueuse abondante, capable d'en imposer pour la persistance régulière du cours des matières (cas de Ledentu).

Dans la plupart des cas, l'occlusion intestinale se montre donc avec tous ses symptômes, qui apparaissent aussi prématurément et avec le même degré d'intensité que dans l'étranglement complet. Ainsi le vomissement stercoral s'est montré au bout de quatre jours (Obs. XXIII), de cinq jours (Obs. XI et XX). On ne saurait donc conclure, vu cette identité clinique entre l'étranglement partiel et l'étranglement complet, à la possibilité d'un diagnostic différentiel.

L'existence de quelques selles, d'ailleurs peu abondantes et de quelques évacuations gazeuses, pourrait-elle permettre le diagnostic dans des cas très rares, fort peu détaillés et souvent discutables. Pas davantage ; car si l'on n'avait plus à porter le diagnostic entre le pincement et l'étranglement complet, on pourrait souvent croire à une epiploïte, ce qui serait d'autant plus malheureux qu'alors le chirurgien serait porté à temporiser, et que les altérations des tuniques intestinales, si rapides dans le pincement, ne tarderaient pas à produire la perforation de l'intestin avec toutes ses conséquences.

Pathogénie.

Puisque l'occlusion est si fréquente dans le pincement herniaire, comment se produit-elle malgré la persistance du calibre de l'intestin? Ici comme pour tous les phénomènes vitaux interviennent plusieurs facteurs. L'occlusion intestinale étant la négation d'un mouvement, celui des matières à travers l'intestin, les troubles qui pourront l'amener, seront de deux ordres : les uns, d'ordre mécanique, les autres d'ordre biologique ou réflexe,

Le pincement herniaire peut agir comme obstacle mécanique. Les seules expériences faites à cet égard sont celles de Scarpa d'ailleurs démonstratives : « J'ai essayé plusieurs fois de simuler l'étranglement; tantôt un tiers, tantôt deux tiers de la circonférence de l'intestin, étaient pincés, tandis que je faisais injecter de l'eau par la partie supérieure... Dans ces expériences, j'ai toujours vu que lors-

que l'étranglement comprenait les 2/3 de la circonférence de l'intestin, il opposait un grand obstacle au passage de l'eau, ou même l'interceptait complètement à cause de la saillie anguleuse que formait à l'intérieur la paroi postérieure de l'intestin. Lorsqu'au contraire l'étranglement ne comprenait qu'un tiers, ou environ de la circonférence, le liquide le traversait avec plus ou moins de facilité, selon que l'angle formé par la paroi postérieure du canal était plus ou moins saillant à l'intérieur... Or, l'angle formé ainsi par l'intestin peut être plus ou moins aigu; et cette différence influe sur la diminution ou la suppression totale des évacuations alvines. De là, vient qu'on peut rencontrer des étranglements accompagnés de symptômes très intenses, quoiqu'ils ne portent que sur un tiers de la circonférence de l'intestin. »

Pour Scarpa, l'occlusion intestinale est donc la conséquence non-seulement du rétrécissement, mais encore de l'éperon formé par l'inflexion en sens inverse des deux bouts de l'intestin. Nous ignorons si les résultats obtenus par ces expériences ont seuls guidé l'opinion de Scarpa; quoiqu'il en soit, il en résulte que l'occlusion doit exister pour le pincement comprenant les deux tiers de la circonférence intestinale, de plus qu'elle peut exister lorsque l'intestin se trouve pincé en certains points, par exemple au voisinage de l'insertion mésentérique. L'expérimentation paraît ici concorder avec les faits cliniques; lorsque les détails de l'autopsie se trouvent soigneusement relatés, on remarque que quand les trois quarts de la paroi intestinale se trouvent pincés, le bout supérieur est distendu par les matières et les gaz, tandis que le bout inférieur est affaissé sur lui-même et diminué de volume.

Pour Poujols, la muqueuse intestinale s'enflamme dans le voisinage du pincement, et boursoufflée par l'inflammation elle obstrue le canal intestinal.

Citons à côté de cette opinion, celle qui attribue l'occlusion au froncement de la paroi: la portion herniée figure sur l'intestin une plaque arrondie circulaire; il résulte de l'étranglement de cette portion de la paroi des plis nombreux qui rétrécissent considérablement le calibre de l'intestin. L'influence du froncement de la paroi se trouve nettement signalé dans l'observation suivante :

Obs. XXIII. — (Bull. Soc. anat. 1860 p. 252. De Saint-Germain).

Hernie crurale étranglée recueillie chez un vieillard. L'intestin n'avait été pincé par l'anneau que dans une partie de la circonférence, d'où il résulte que la circulation des matières aurait pu avoir lieu, si le froncement de l'intestin n'avait retréci encore cette partie du canal intestinal sous-jacente à l'étranglement. »

Citons encore comme cause possible, mais à coup sûr fort rare, l'occlusion de l'intestin par torsion (cas de Pozzi).

Mais ces obstacles mécaniques ne pourraient être toujours invoqués pour expliquer l'occlusion intestinale dans le pincement herniaire. Il arrive parfois qu'une portion très petite de la paroi se trouve saisie par l'anneau constricteur; quelquefois même il s'agit de l'étranglement de ces diverticules intestinaux accidentels, créés au dépens d'un point faible de la paroi par la pression excentrique exagérée du contenu intestinal; dans ces cas il n'y a pas même diminution du calibre de l'intestin, et cependant l'occlusion se manifeste avec tous ses symptômes; qu'elle en est l'origine?

Le contenu de l'intestin circule en raison des mouvements péristaltiques de cet organe. Il y a interruption du cours des matières intestinales, si un obstacle s'élève sur

leur route, si la force impulsive qui les dirige vers l'extrémité inférieure du tube objectif vient à disparaître. L'obstacle possible à la circulation des matières sera le rétrécissement spamodique de l'intestin, ou rétrécissement dynamique de Verneuil qui spontanément pourra rétrécir le calibre de l'intestin déjà diminué au niveau du pincement. Cette opinion concorde avec les données physiologiques; on sait qu'une irritation mécanique ou électrique de l'intestin détermine une constrition énergique au point touché.

La suspension des mouvements de l'intestin peut aussi arrêter le cours des matières ; or, la paralysie de l'intestin peut reconnaître plusieurs causes : soit la fatigue consécutive au travail exagéré de la paroi intestinale dans sa lutte contre l'obstacle mécanique au cours des matières, soit l'inflammation péritonéale concomitante, soit l'irritation du point, pincé propagée par voie reflexe à la paroi musculeuse de l'intestin. — En effet, indépendamment des actions réflexes motrices existent des actions réflexes paralysantes. Pour Pflüger il existerait un nerf d'arrêt des mouvements intestinaux, ce nerf serait le nerf splanchnique, cette opinion est combattue par Biffi (*gaz Méd. Paris 1858, page 678*) Quoiqu'il en soit une excitation légère et de peu de durée se manifeste par un accroissement d'énergie des contractions ; une excitation intense et de longue durée a pour effet un arrêt des contractions avec paralysie. » (Brown-Sequart p. 43). Les actions réflexes paralysantes sont admises par Henrot (th. Paris 1865) pour expliquer les pseudo-étranglements.

Nous venons d'exposer les causes probables de l'occlusion intestinale dans le pincement herniaire, nous pouvons conclure de ce qui précède qu'on peut la regarder suivant les cas comme un phénomène d'ordre nerveux ou comme un phénomène d'ordre mécanique.

Si l'on songe que dans le pincement il y a une irritation vive en même temps que rétrécissement de l'intestin, on sera tenté, pour se faire une opinion relativement à l'occlusion, d'admettre la simultanéité d'intervention de la lésion locale et de l'action nerveuse.

CONCLUSIONS

1° L'occlusion intestinale avec tout son cortège symptomatique accompagne presque toujours le pincement herniaire. Son absence est une rare exception.

2° Il résulte de cette fréquence, que le plus souvent le diagnostic de pincement herniaire ne peut être porté du vivant du malade.

3° Sous le rapport du pronostic, l'occlusion intestinale poussant à une intervention active et rapide, est préférable à la persistance du cours des matières.

4° Des phénomènes mécaniques ou nerveux surviennent après le pincement; agissant individuellement ou se combinant entre eux, ils déterminent l'occlusion de l'intestin. Vu leur nombre et la différence de leurs modes d'action, nous renvoyons à l'article pathogénie.

Vu bon à imprimer :

Le président de thèse,

Dr VERGELY.

Vu, pour le doyen :

L'assesseur délégué,

J. PERRENS.

Le Recteur de l'Académie,

H. OUVRÉ.

QUESTIONS DE THÈSE

Anatomie : De la rétine.
Physiologie : Fonctions de relation ; mouvements, sensations.
Chimie : Glycérine et constitution générale des corps gras naturels et artificiels.
Histoire Naturelle : Rapports anatomiques de l'homme avec les Primates en général.
Pathologie externe : Le tétanos traumatique.
Pathologie interne : Pathogénie de l'infection purulente.
Pathologie générale : De l'embolie.
Histologie et anatomie générale : Pancréas, suc pancréatique.
Anatomie pathologique : Des Kystes.
Médecine opératoire : Du traitement des hémorrhagies de la paume de la main.
Pharmacologie : Des Mucilages.
Matière médicale : Substances médicinales retirées de pins et des sapins.
Thérapeutique : De la médication antiseptique.
Hygiène : Du choix d'une nourrice.
Médecine légale : De l'empoisonnement par les substances toxiques d'origine minérale.
Accouchements : Données fournies par le palper abdominal dans le diagnostic de la grossesse.

BORDEAUX. — IMPRIMERIE NOUVELLE A. BELLIER ET C^ie^, 16, RUE CABIROL.